

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 110

CONTRIBUTION
à
L'ÉTUDE
des
ANASTOMOSES ENTÉRO-BILIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François BURNET

Ex-Interne de l'Hôpital de Sainte-Foy-lès-Lyon

né à GIGNAC (Hérault) le 11 Février 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANASTOMOSES ENTÉRO - BILIAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553220_0006

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 110

CONTRIBUTION
à
L'ÉTUDE
des
ANASTOMOSES ENTÉRO-BILIAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Mai 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François BURNET

Ex-Interne de l'Hôpital de Sainte-Foy-lès-Lyon

né à GIGNAC (Hérault) le 11 Février 1892



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

PROFESSEURS	MM.
Cliniques médicales	TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
	BARD
	TIXIER
	BERARD
	COMMANDEUR.
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique	WELL
Clinique des maladies des enfants	POLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes	LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires	N-JOSSERAND
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	MOREAU
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie	POLICARD
Anatomie générale et Histologie	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOT
Anatomie pathologique	VILLARD
Médecine opératoire	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée	Etienne MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SAKVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. BÉRARD, *Président* ; M. THÉVENOT Léon, *Assesseur* ;

MM. COTTE et SANTY, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En profonde reconnaissance des soins dont
ils m'ont toujours entouré.

A MA SŒUR

A MON ONCLE, A MA TANTE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse. Nous lui exprimons
notre plus respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EMILE DUROUX

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Dont nous fûmes l'interne. Qu'il nous soit
permis de lui exprimer ici tous nos
sentiments de profonde gratitude.

A NOS MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MONSIEUR P. WERTHEIMÉR

Interne des Hôpitaux de Lyon

Aide d'Anatomie à la Faculté

Qui nous inspira le sujet de cette thèse.
Nous rendons un hommage dévoué à
son amitié et à son obligeance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ANASTOMOSES ENTÉRO - BILIAIRES

INTRODUCTION

L'importance que prennent de jour en jour, en chirurgie biliaire, les interventions palliatives et parmi celles-ci la place prépondérante qu'il faut accorder à l'anastomose de la vésicule avec l'estomac, nous donnèrent l'idée de publier dans cette thèse les derniers résultats d'une série d'expériences cliniques, en insistant sur ce point particulier qui nous semble ressortir de l'exposé des faits: l'anastomose gastrique, longtemps décriée, tard venue dans le domaine de l'application pratique, semble être le type définitif des anastomoses antérobiliaires. Les avantages de cette intervention, prévus par de nombreux expérimentateurs, n'avaient jamais reçu une sanction clinique suffisante, n'avaient jamais été confirmés par des résultats positifs et probants. Ce sont des observations de ce genre que nous allons essayer de mettre en lumière en les appuyant, non plus sur des données

expérimentales, mais sur des constatations cliniques précises.

Nous remercions particulièrement Monsieur le professeur Bérard, qui mit obligeamment à notre disposition ses observations personnelles.

Nous remercions aussi Monsieur le docteur Delore, dans le service duquel nous prîmes un grand nombre de nos observations.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Dans la suite des interventions pratiquées en vue d'assurer un drainage temporaire ou permanent de la bile, au cours des obstructions biliaires, la cholécystoentéroanastomose a suivi de près la cholécystostomie.

En 1880, Winiwarter (1) fit le premier essai timide d'une intervention dont le plan avait été conçu avant lui par Nussbaum, en abouchant la vésicule d'abord avec l'angle colique, puis avec une anse de l'intestin grêle. Mais la technique opératoire était alors si loin d'être fixée que tous les chirurgiens qui essayèrent, à cette époque, de réaliser un drainage des voies biliaires par l'intestin, n'osèrent que des tentatives expérimentales. C'est ainsi que Gaston d'Atlanta (2) et Colzi, dans le courant de l'année 1886, pratiquèrent

(1) WINIWARTER. Ein Fall Gallenretentionen bedingt durch Impermeabilität des Ductus choledocus, Aulegung einer Gallenblasen, Darmfistel, Heilung, Prag., *Med. Wochenschrift*, p. 202-213.

(2) S. M. T. GASTON. *Gaillard's medical journal*, may 1887, and *British medical journal*, 1887, vol. I, p. 267.

des anastomoses entéro-biliaires sur des chiens, arrivant à ce résultat positif que deux plans de sutures sont nécessaires à la solidité de l'anastomose, et pouvant émettre déjà des principes généraux quant à ses indications.

A leur suite, un médecin russe, Monastyrki, réalisa avec succès des cholécystoentéro-anastomoses portant toujours sur l'intestin grêle. Dès lors, les chirurgiens entreprirent d'appliquer la cholécystoentéroanastomose à certaines obstructions du cholédoque. En France, au moment où Tillaux (1) faisait la première anastomose de la vésicule et de l'intestin grêle, Terrier envisagea d'établir la fistule sur le segment le plus élevé possible du tube digestif. C'était un acheminement vers la cholécystoduodénostomie que Delbet (2) réalisa quelques années plus tard et vers l'anastomose gastrique dont les expériences de Dastre, de Ruggero Oddi et de Cannac (3) devaient prouver l'innocuité.

Du laboratoire des physiologistes, la cholécystogastrostomie passa dans la pratique en 1893. A cette date, Wickoff et Angelberger firent, à Vienne, une anastomose cholécystogastrique sur une femme. Les résultats furent encourageants et, en 1895, Terrier répéta cette intervention pour un cancer de la tête du pancréas.

(1) TILLAUX. *Société de Chirurgie de Paris*, 1890, p. 290. Cholécystoentérostomie.

(2) DELBET. Ictère, coliques hépatiques subintrantes. Cholécystoduodénostomie. Guérison. Rapport de Broca. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXII, 1896, p. 569.

(3) CANNAC. *Thèse de Bordeaux. De la cholécystogastrostomie*, 1897, n° 13.

La *Société de chirurgie*, le 1^{er} juillet 1896, relate trois cas de cholécystogastrostomie. Enfin, plus près de nous, Jaboulay (1) réalisa cette opération, toujours pour des cancers de la tête.

(1) JABOULAY. La cholécystogastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancréas. *Lyon Médical*, 1898, t. LXXXVI, p. 365.

CHAPITRE II

Des Indications de la Cholécystoantéroanastomose

De nos jours, tous les procédés opératoires gardent, en chirurgie biliaire, leur valeur respective et tous sont utilisés suivant les nécessités que commande chaque cas particulier. Pour avoir limité les indications de l'anastomose, les interventions radicales ne laissent donc pas moins à celle-ci sa place bien marquée dans de nombreuses affections pour lesquelles elle représente la méthode à la fois la plus simple et la plus pratique.

A la cholécystostomie appartiennent sans doute les obstructions biliaires qui sont manifestement le fait de la lithiase. Nous ne parlerons donc d'une intervention indissolublement liée à l'obstruction calculeuse de la vésicule et du cholédoque qu'à propos des fistules biliaires qui en sont souvent la conséquence et qui relèvent d'un traitement par la gastroanastomose. De même, lorsqu'il ne s'agit que d'évacuer et de drainer temporairement une vésicule ou un cholédoque

obstrués par des calculs facilement mobilisables, il est bien évident que l'on ne saurait mettre en doute la valeur de la cholécystostomie.

Mais, en dehors de la lithiase, les affections des voies biliaires restent encore nombreuses, au cours desquelles l'évacuation de la bile par un orifice de cholécystostomie présenterait, pour un résultat toujours précaire, de sérieux inconvénients. L'infection de la vésicule en contact direct avec l'extérieur est un danger dont il faut, malgré tout, tenir compte. Les exemples d'infection partie d'une cholécystostomie ne sont pas exceptionnels (1), surtout chez des malades réduits bien souvent à faire eux-mêmes leurs pansements après leur sortie de l'hôpital. De plus, la privation absolue de bile pour l'ensemble des voies digestives, est une cause d'amaigrissement qui s'ajoute souvent à la cachexie résultant d'une tumeur. Enfin, nous ne parlerons pas de la gêne considérable que crée un écoulement abdominal incessant et qui a pu faire de la cholécystostomie qu'elle était une infirmité souvent cruelle.

Pour ces raisons, la cholécystoentéroanastomose apporte de réels avantages dans tous les cas où la cholécystostomie ne se proposerait, comme elle, qu'un but palliatif. Par un débouché intestinal convenablement choisi, elle réduit au minimum les chances d'infection. La présence de la bile dans l'intestin est un élément favorisant de la motricité intestinale et du

(1) Observation de DELBET (Rapport de CHAPUT). Un cas de cholécystoentérostomie. Résultats éloignés. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1896, t. XXII, p. 90-100.

jeu régulier des fonctions digestives. Il n'est pas une observation où le malade n'accuse après l'intervention une augmentation de poids et un relèvement général des forces.

Il nous reste donc à examiner rapidement les principales affections biliaires, exception faite de la lithiase, pour lesquelles les indications de la cholécystoentérostomie se posent le plus formellement.

Ce sont d'abord les cancers de la tête du pancréas et des voies biliaires inférieures. Dans le cours de ces affections particulièrement déprimantes du fait que des phénomènes liés à la rétention biliaire s'ajoutent aux troubles produits par l'évolution d'une tumeur maligne, se montrent le plus évidemment les avantages de l'anastomose. Les malades porteurs de ces tumeurs entrent à l'hôpital en présentant le syndrome classique de la compression du cholédoque. Ils accusent un ictère progressif et une cachexie d'autant plus marquée qu'elle résulte et de leur tumeur et des troubles digestifs qui sont dûs à l'absence de bile dans l'intestin. De telles tumeurs ne pouvant faire envisager la possibilité d'un traitement, il devient néanmoins possible, par une cholécystoentéroanastomose, d'améliorer sensiblement le sort des malades. L'augmentation du poids, la disparition généralement complète de l'ictère et des phénomènes prurigineux, sont les résultats consignés dans toutes les observations qui portent sur des cancers de la tête du pancréas ou des voies biliaires traités par la cholécystoentérostomie.

Un malade opéré par M. Leriche (observation V)

pour une *sténose* inflammatoire du cholédoque était même à ce point amélioré quatre mois après l'intervention qu'on put le considérer comme guéri. Il mourut quinze mois après avec tous les symptômes d'une cachexie cancéreuse, mais il dut cette longue survie à son anastomose entérobiliaire.

Il existe un assez grand nombre de syndromes cliniques, dans lesquels le partage est difficile entre les symptômes gastriques et les symptômes hépatiques, d'autant plus que ceux-ci affectent souvent un type pseudo-gastrique et que l'existence d'une tumeur des voies biliaires inférieures, créant un obstacle duodénal peut en imposer pour une affection pylorique. Il n'est pas rare même que l'incertitude se prolonge à l'intervention et l'hésitation est permise entre une dérivation gastrique ou biliaire.

Nous avons pu relever plusieurs de ces cas indéterminés pour lesquels la cholécystostomie a donné quelques résultats inespérés. Pour d'autres elle a pu pallier momentanément à l'insuffisance biliaire et relever pour un temps l'état des malades. Dans une observation de M. Delore (Observation XVIII), une première cholécystostomie, laissant après elle une fistule traitée par la cholécystostogastroanastomose, fut suivie d'une période d'accalmie de dix mois pendant lesquels l'amélioration de l'état général put faire croire à une compression bénigne du cholédoque. Cependant un cancer du pylore évoluait qui nécessita une gastroentéroanastomose. La cholécystogastrostomie fit donc bénéficier ce malade de dix mois d'attente supportables alors que rien n'indiquait, au

moment de la première intervention, qu'on dut intervenir sur l'estomac.

Un autre cas de « syndrome cholécystique » eut des résultats plus heureux et qui justifiaient pleinement l'indication de l'anastomose. La malade traitée par la cholécystogastrostomie quitta l'hôpital en excellent état, n'accusant aucun des troubles dont elle se plaignait auparavant.

Enfin, dans le traitement des fistules rebelles persistant après une cholécystostomie, l'anastomose peut apparaître comme le moyen le plus simple et le plus sûr de les tarir. Deux observations portent sur ces fistules biliaires traitées, l'une par la cholécystogastrostomie, l'autre par la cholécystocolostomie. Pour l'une et l'autre, les suites ont été simples et la guérison de la fistule s'est maintenue.

CHAPITRE III

Des différents types d'anastomoses biliaires

Les indications de l'anastomose biliaire étant ainsi posées, sur quel segment du tube digestif, sur quelle partie de la vésicule, doit-on la faire porter ?

Les rapports anatomiques de la vésicule ont commandé les divers types d'interventions mises en pratique, et la présence, dans la région sous-hépatique, du duodénum, de l'angle droit du colon, de l'estomac, la facilité qu'on a d'y attirer une anse grêle, ont permis tous les genres d'anastomoses. Cette multiplicité même de tous les procédés opératoires semble pouvoir justifier une étude comparative basée sur les résultats obtenus. En fait, les circonstances commandent souvent l'emploi d'un procédé, au moins autant que les considérations théoriques, et un segment quelconque du tube digestif fut parfois préféré à tout autre, pour la seule raison d'adhérences limitant le champ opératoire ou de modifications produites dans les rapports par les altérations pathologiques. Néanmoins, des travaux expérimentaux, ainsi que l'obser-

vation des résultats cliniques, permettent un jugement sur la valeur respective des différents types d'anastomoses.

Les recherches expérimentales ont pour base les travaux de Dastre (1887) et ceux de Ruggero Oddi (1888), qui plaident nettement en faveur de la cholécystogastrostomie. Après eux, Masse (1), Cannac (2) s'intéressent au même sujet et leurs expériences confirment les résultats satisfaisants que l'on peut attendre d'une anastomose portant sur le réservoir gastrique. Cannac, cependant, conserve quelques doutes sur les inconvénients qui pourraient tenir à la persistance d'une fistule cholécystogastrique et exprime la crainte de voir, à la longue, apparaître des troubles digestifs (3). Une expérience de Claude Bernard avait, en effet, montré que si l'on mélange *in vitro* de la bile avec des peptones, on voit la bile précipiter, sous forme d'un précipité floconneux, les substances albuminoïdes déjà dissoutes, et cette expérience devait peser cependant longtemps comme une menace sur la chirurgie des voies biliaires. Elle permettait à Chaput de déclarer que la bile « n'avait jamais été faite pour être déversée dans l'estomac » et à Quenu (4) de dire, au cours d'une discussion à propos des premiers rapports de cholécystoentérostomie : « On fait ce qu'on peut et il est même arrivé à deux chirurgiens

(1) MASSE. De la cholécystogastrostomie, *Congrès français de chirurgie*, 1898, p. 300.

(2) CANNAC. De la cholécystogastrostomie, *Thèse de Bordeaux*, 1897, n° 13.

(3) CANNAC. De la cholécystogastrostomie, *loco citato*.

(4) Observation de DELBET, *loc. cit.*

de Vienne d'anastomoser la vésicule biliaire avec l'estomac. »

De tels arguments semblent un peu faciles, comparés à l'expérimentation patiente et minutieuse de Dastre. En fait, le malade opéré par Wickoff et Angelberger constituait déjà une démonstration suffisante et probante de l'anastomose cholécystogastrique. Bien que heurtant les données physiologiques d'alors, cette opération était en tous cas compatible avec des exigences vitales et capable de fournir des résultats thérapeutiques satisfaisants. Et aujourd'hui, nous savons non seulement que la présence de la bile est normale dans l'estomac, mais encore, récemment, Balbrock, de Philadelphie, a insisté sur l'influence favorable qu'exerce l'entrée de la bile dans l'estomac ; elle réalise une véritable mise au repos de l'organe, diminue l'acidité totale sans alcaliniser complètement le contenu gastrique et Balbrock préconise même la cholécystogastrostomie dans le traitement de l'ulcère gastrique (1).

D'ailleurs, à l'heure actuelle, les interventions ayant pour effet de réaliser une anastomose biliaire, tendent à la banalité et la sanction pratique des faits constitue une démonstration suffisante de leur innocuité et de leurs avantages. Nous avons pour seul but d'apporter en faveur de cette intervention l'appoint de dix-neuf observations dont aucune ne met en évidence les prétendus inconvénients ou dangers

(1) BALBROCK. Cholecystogastrostomie et cholecystoduodenostomie, *The Americ. Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1921, n° 8, p. 854-859.

de cette opération.

La pratique chirurgicale contemporaine tend à étendre du côté des voies biliaires les segments sur lesquels l'anastomose peut être faite. On utilise sans doute de préférence la vésicule biliaire, mais on a utilisé également le cholédoque et même l'hépatique (1). Par contre, du côté du tube digestif, on tend de plus en plus à délaissier l'intestin grêle et le gros intestin et à utiliser électivement l'estomac. Nos observations militent en faveur de cette tendance et les avantages de la cholécystogastrostomie nous paraissent certains. Nous exposerons pourtant bien que, de façon sommaire, les différentes méthodes qui ont été pratiquées et dont beaucoup furent avant tout opportunistes.

*Choix du point de l'anastomose
au niveau des voies biliaires*

Il peut arriver, sans qu'on puisse, croyons-nous, préconiser ce procédé comme une méthode de choix, que la blessure ou l'ouverture volontaire de l'hépatique justifient l'établissement d'une anastomose hépatogastrique. De même l'incision du cholédoque, faite en vue d'une exploration ou pour confirmer un diagnostic incertain, commande parfois ou du moins permet une anastomose sur la voie biliaire principale. Mais, en dehors des cas exceptionnels où le cholédoque distendu peut atteindre le calibre du duodénum, les difficultés techniques de cette intervention font ressortir la supériorité de l'anastomose vésiculaire,

(1) EICKMEYER. Beiträge zur chirurgie des choledocus und Hepaticus... Arch. f. Klin. Chir., t. XCIII, 1910, p. 867.

incomparablement plus facile dans son exécution et moins grave dans ses risques. La bouche vésiculaire doit porter de préférence sur le fonds de l'organe, en raison de sa relative mobilité, de son état fréquent de distension et de l'obligation où on se trouve souvent de ponctionner la vésicule pour s'assurer de son contenu.

La cholécystoduodénostomie

Du côté intestinal, le choix du duodénum, de par les conditions de la physiologie normale, semblerait particulièrement indiqué (1). Créer une anastomose biliaire le plus près possible du débouché cholédocien semble être la solution idéale; elle fut d'ailleurs réalisée par quelques chirurgiens.

Gaston d'Atlanta envisagea le premier cette intervention. Après lui, Chaput, dans la discussion d'un cas de cholécystojéjunostomie rapporté par Delbet, fit également remarquer « qu'une anastomose avec le duodénum eût été préférable ». De même, Delagénère (2) observa « qu'il faut se rapprocher le plus possible de l'estomac et choisir, si l'on peut, le duodénum ».

En fait, la cholécystoduodénostomie, souvent envisagée, souvent conseillée même, a été exceptionnellement mise en pratique; ses avantages théoriques sont, en effet, contre-balancés par des difficultés d'ordre anatomique : le duodénum, par suite de sa fixité, de

(1) TERRIER. Remarques cliniques sur un cas d'obstruction du cholédoque. Laparotomie, cholécystoentérostomie, guérison, *Rev. de Chirurgie*, 1889, t. IX.

(2) DELAGÉNIÈRE. De la cholécystoentérostomie. *Thèse de Paris*, 1889-90, n° 66.

sa situation rétropéritonéale, de ses rapports vasculaires, de l'adhérence du pancréas, est, certes, le segment de l'intestin le moins favorable aux interventions. Toutes ces considérations ont d'autant plus de poids que l'intervention, comme tout procédé palliatif, doit être courte et qu'elle s'adresse à des malades souvent cachectiques et toujours ictériques.

« D'abord, le duodénum sera caché par les anses intestinales du jéjunum et de l'iléon. Mais si l'opérateur veut le libérer de ses attaches, à quoi s'expose-t-il ? Des hémorragies en nappe peuvent se produire, masquant le champ opératoire et difficiles à arrêter. Enfin, le tout occasionne une énorme perte de temps. » (1)

Aussi les tentatives d'anastomoses duodénales sont-elles rares dans l'histoire de la cholécystoentérostomie. La fixité du duodénum, sa situation en grande partie rétropéritonéale, l'adhérence du pancréas, sont des considérations qui pèsent d'autant plus sur l'anastomose cholécystoduodénale qu'elle n'a que la valeur d'un procédé palliatif. Delbet a cependant rapporté un cas heureux de cholécystoduodénostomie ; de même Mayo Robson (2) et Simon (3). Mais ce sont là des exceptions et le petit nombre des observations enregistrées, en regard des avantages théoriques, prouve à lui seul quelles difficultés comporte la chirurgie du duodénum.

(1) CANNAC. *Thèse de Bordeaux, loc. cit.*

(2) *Thèse de DESJARDIN : Etude sur les pancréatites, Paris, 1905.*

(3) SIMON. Contribution à l'étude de l'hépatico et de la cholédo-coduodénostomie avec prothèse en caoutchouc, *Beitrag z. Klin. Chir.*, t. CXX, n° 2, oct. 1920.

La cholécystojéjunostomie

Par contre, la cholécystojéjunostomie qui a donné lieu à de nombreuses objections théoriques, fut le procédé le plus utilisé jusqu'à ces dernières années. Ses avantages opératoires sont faits précisément des inconvénients de la méthode précédente. Une anse grêle est toujours facile à découvrir; elle est aisément mobilisable et l'amener au contact de la vésicule ne présente le plus souvent aucune difficulté.

Aussi peut-on relever de nombreux cas de cholécystojéjunostomie. On en doit à Delbet (1), à Ricard (2), à Tillaux, et communément à tous ceux qui se sont intéressés à la chirurgie des voies biliaires.

Cependant, si évidents que soient les avantages et la facilité de cette intervention, elle n'a pas échappé aussi à un certain nombre de critiques.

La première est que l'orifice biliaire débouche dans un milieu relativement septique. « Théoriquement, on doit beaucoup craindre de ces larges anastomoses de la vésicule avec l'intestin (4). »

Cliniquement, l'infection ascendante des voies biliaires est peu à redouter. Les résultats opératoires habituels, et en particulier les observations de Delagenière, Péturet, Tuffier, semblent démontrer l'innocuité d'une telle assertion. Nous n'avons jamais, pour

(1) DELBET, *loc. cit.*

(2) RICARD, Sur une observation de cholécystoentérostomie (Rapp. de Michaux), *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1894, t. XX, p. 572.

(3) TILLAUX, *Société de Chir. de Paris*, 1890, p. 290. *Cholécystoentérostomie*.

(4) Rapport de MICHAUX sur une observation de cholécystoentérostomie due à RICARD, *loc. cit.*

notre compte, rencontré, dans aucune observation, d'exemple d'infection consécutive à une anastomose entérobiliaire. Mais une objection beaucoup plus importante à notre sens, pourrait être portée sur la situation basse du débouché biliaire. L'action digestive et antiseptique de la bile est une notion généralement admise : si court soit le segment intestinal privé de bile, c'est toujours une partie de la digestion qui échappe à son aide. En outre, le ralentissement que l'on observe dans le péristaltisme est une perturbation d'autant plus sensible que l'intervention s'adresse à des malades dont les fonctions digestives sont déjà troublées.

Enfin, il est un dernier reproche d'ordre technique qu'on a pu faire à la cholécystojéjunostomie, c'est de créer, en attirant une anse grêle sur le fond vésiculaire un obstacle gênant à la fois et le fonctionnement de l'anastomose et la circulation du contenu intestinal. On aurait observé des cas où cette disposition aurait été la cause d'une occlusion intestinale et certains auteurs ont insisté sur la possibilité, à la faveur de ces accidents mécaniques, d'une désunion des sutures et de complications septiques (4).

A la vérité, tous ces reproches sont loin d'être pratiquement fondés. Les suites des cholécystojéjunosto-

(1) DELAGÉNIÈRE. De la cholécystoentérostomie, *Thèse de Paris*, 1889-90, n° 66.

(2) PETURET. De la cholécystoentérostomie en général, *Thèse de Paris*, 1893, n° 116.

(3) TUFFIER. Oblitération complète du cholédoque sans ictère. Cholécystogastrostomie. Guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XXVIII, 1902.

(4) CANNAC, *loc. cit.*

mies ont été exceptionnellement troublées par une occlusion ou la désunion de l'anastomose. Ce sont des accidents qu'une technique minutieuse permet d'éviter. Les observations que nous avons relevées pour être peu nombreuses ont donné des résultats satisfaisants. Aussi, en raison de ses avantages de facilité et de sa proximité du duodénum, la cholécystojéjunostomie constitue un procédé d'anostomose biliaire susceptible d'être préconisé lorsqu'on se trouve dans l'impossibilité de réaliser une anastomose correcte et facile entre la vésicule et l'estomac.

La cholécystocolostomie

La cholécystocolostomie est soumise aux mêmes inconvénients que toutes les anastomoses dont le siège est situé très loin du duodénum. Les énumérer nous exposerait à répéter ce que nous avons dit plus haut. Notons seulement que la septicité du contenu intestinal va en s'exagérant tout le long du tractus digestif et qu'une anastomose est d'autant plus dangereuse qu'elle est située plus bas. Celle de la vésicule et du colon a eu cependant ses partisans. Villiet (1) se fondait même sur l'altération des produits déversés pour nier que dans les obstructions la bile conservait son action digestive et antiputride.

Sans nous arrêter à une discussion au cours de laquelle il fut prouvé que la bile n'est pas altérée dans les obstructions récentes, il n'en demeure pas moins que la cholécystocolostomie garde aujourd'hui, comme l'anastomose cholécystojéjunale, des indica-

(1) VILLIET. *British Medical Journal*, II, 1888, p. 903.

tions de nécessité. Lorsque des adhérences symphisent toute la région sous-hépatique, le colon est souvent le seul segment du tube digestif que l'on puisse facilement amener au contact de la vésicule. Nous rapportons trois observations de cholécystocolostomies pour lesquelles les conditions anatomiques firent de ce procédé d'exception un procédé de choix.

La cholécystogastrostomie

Il reste enfin l'anastomose de la vésicule et de l'estomac. Cette intervention, qui semble présenter aujourd'hui l'anastomose idéale, est restée longtemps sans qu'on ait songé à l'utiliser de préférence. Nous avons exposé plus haut les raisons qui empêchaient son usage et nous avons montré que les objections faites sur le terrain expérimental n'avaient plus cours sur le terrain pratique. Les faits ont démontré suffisamment que de nombreux malades, et nos observations en témoignent, reprennent rapidement des forces après l'intervention et voient leur digestion et leur état général s'améliorer.

Donc, l'expérimentation et les résultats cliniques étant d'accord pour écarter définitivement la seule objection valable qui a été faite à la cholécystogastrostomie, il reste que cette opération présente sur les autres méthodes, des avantages certains et précis :

1° La communication des voies biliaires et du contenu intestinal, réputé septique, est un inconvénient qui n'existe pas pour l'estomac. Celui-ci représente un milieu sinon faiblement antiseptique, ainsi qu'on l'a prétendu, du moins peu ou pas septique. L'infec-

tion biliaire n'est donc pas à redouter ;

2° Aucun segment du tube digestif n'échappe à l'action continue de la bile et les phénomènes de la digestion sont respectés dans leur entière succession ;

C'est l'explication de l'amélioration considérable enregistrée pour certains de nos malades, des augmentations de poids, des survies prolongées, dans les cas mêmes où l'évolution ultérieure démontra la nature néoplasique de l'obstruction biliaire ;

3° La cholécystogastrostomie est une intervention facile, rapide, sans gravité opératoire. Elle représente, en définitive, le type des anastomoses biliaires, entendues comme interventions palliatives. Les autres types peuvent constituer des procédés de nécessité dont les indications sont et doivent être limitées.

CHAPITRE IV

Technique opératoire

Nous insisterons peu sur les détails d'une technique aujourd'hui classique. Celle-ci comporte un premier temps indispensable dit d'exploration, d'autant plus indispensable que l'on s'adresse souvent à des cas cliniques complexes et à des lésions anatomiques difficilement mises en évidence. La vésicule sera d'abord repérée, libérée, le cas échéant, palpée et, le plus souvent, ou simplement ponctionnée ou bien ouverte si elle renferme des calculs.

Les voies biliaires, le pancréas et tout le carrefour sous-hépatique ayant été explorés avec soin, l'indication d'une anastomose étant posée, celle-ci peut être faite sur le colon transverse, le jéjunum, le duodénum ou l'estomac.

L'anastomose colique sera faite de préférence à la suture et, dans la mesure du possible, on se rapprochera des conditions idéales comportant l'établissement de trois plans en avant et en arrière. En fait, on devra le plus souvent se contenter de deux plans.

Sur le jéjunum, l'anastomose devra tendre à se rapprocher de l'angle duodénojéjunal ; on ne s'en trouvera pas moins dans l'obligation de prendre une anse longue et nous avons signalé les risques d'une telle pratique. Pour éviter les risques de désunion Spannaus, de Breslau, avait proposé d'attirer le vésicule libérée et pédiculisée, à travers un orifice méso-colique. J.-L. Faure avait proposé d'étendre à la cholécystoentérostomie le procédé par invagination préconisé par lui pour la gastroentérostomie. Monprofit avait utilisé un type d'anastomose en V par double implantation. Mais nous avons insisté sur la nécessité d'avoir recours à des interventions simples, réduisant au minimum les manipulations viscérales et ne comportant pas un degré trop élevé de risque opératoire.

La cholécystogastrostomie portera sur la paroi antérieure de l'estomac et de préférence sur la région de l'antré ; mais dans le cas de pylore fixé, il sera préférable d'utiliser un point quelconque de la paroi antérieure plutôt que de tenter des manœuvres de libération traumatisantes et dangereuses.

Deux procédés d'abouchement sont à la disposition du chirurgien : la suture ou le bouton. Le bouton, quel qu'en soit le modèle, celui de Jaboulay ou celui de M. Villard, sous la réserve qu'il soit de petit calibre, permet une intervention rapide, considération de première importance dans ce type d'intervention. L'emploi du bouton a permis à Jaboulay d'exécuter des anastomoses biliaires dont la durée totale ne dépassait pas dix minutes. On a prétendu que le bouton pouvait tomber dans la vésicule, s'y maintenir

et même la perforer (Sheferd). Nous n'avons pas observé semblable accident qui nous paraît exceptionnel. La suture sera exécutée par les procédés actuellement en usage pour la gastroentéroanastomose, c'est-à-dire que l'on s'efforcera de réaliser en avant et en arrière une suture à trois plans au catgut.

Assez souvent, on devra se contenter de sutures moins parfaites, c'est-à-dire de deux plans seulement sur l'une ou sur les deux faces de l'anastomose. Dans ces cas, on devra s'efforcer de protéger les sutures avec des fragments épiploïques ou une partie du petit épiploon. Le procédé de Terrier qui consistait à faire un seul rang de sutures sur un tube de caoutchouc n'est plus utilisé.

Dans les cas de fistule biliaire, certains auteurs (Péturet) ont conseillé de fermer d'abord la fistule et d'établir l'anastomose sur un point. Nous ne croyons pas que cette précaution soit indispensable. Le mieux est toujours de recourir au minimum de manœuvres et dans deux de nos observations où le canal fistuleux fut utilisé, le résultat fut excellent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fistule biliaire après cholécystostomie.

Éventration, cholécystocolostomie

Femme âgée de cinquante-cinq ans, opérée d'une cholécyste suppurée par M. Poncet, en 1888; elle subit dans le même service une cholécystectomie partielle pour hydrocholécystocèle. En mai 1902, il existe une fistule biliaire large, labiée, d'un diamètre de 2 centimètres environ et en même temps une éventration volumineuse; ainsi qu'un prolapsus rectal très accentué, constipation opiniâtre due peut-être à l'absence de bile dans le tractus intestinal, mais les selles sont colorées.

Le 16 mai 1902, on pratique la dissection de la fistule circonscrite par une incision elliptique; on parvient à décoller la vésicule sur 5 à 6 centimètres; le côlon transverse est recherché au milieu des adhérences qui occupent toute la région sous-hépatique, et mobilisé. La vésicule et le côlon peuvent être amenés au contact; après avivement des bords de la vésicule fistulée on pratique une cholécystocolostomie par un double plan séreux total à la soie. Cure radicale de l'éventration. Suites très simples. Guérison maintenue parfaite en juillet 1904, soit plus de deux ans après l'intervention.

OBSERVATION II

Cancer du pancréas. Cholécystocolostomie

Femme âgée de quarante-huit ans. Ictère datant de huit

mois apparu en dehors de tout signe de lithiasé. L'ictère est devenu progressivement plus foncé et s'accompagne d'un prurit intolérable. Actuellement : ictère verdâtre, amaigrissement, petit épanchement ascitique, gros foie, vésicule volumineuse; l'état général reste satisfaisant.

Le 2 juin 1906 : laparotomie verticale droite; la recherche de calculs est négative; la tête du pancréas présente des noyaux néoplasiques. Ponction de la vésicule dont on retire une bile épaisse et noire. Cholécystocolostomie commandée par les dispositions anatomiques (trois plans antérieurs, deux plans postérieurs à la soie). Suites simples. A la sortie (1^{er} juillet), l'ictère est à peine perceptible; le prurit a disparu.

En novembre 1906, l'ictère est léger; le prurit a disparu définitivement, mais l'ascite augmente. Mort en mai 1907, soit près d'un an après l'opération.

OBSERVATION III

Cancer du pancréas. Cholécystogastrostomie

Femme de quarante et un ans. Ictère datant de quatre mois apparu en dehors de tout passé lithiasique et actuellement très foncé; décoloration des matières; le foie est gros, la vésicule volumineuse. Prurit insupportable. Amaigrissement. On porte le diagnostic de cancer du pancréas.

Le 28 août 1907 : Laparotomie oblique sous-costale droite. L'exploration des voies biliaires est négative, mais la tête du pancréas est augmentée de volume, dure, bosselée. Cholécystogastrostomie par deux plans de sutures à la soie. Suites très simples. Six mois après, la malade revient, ayant engraisé de trois kilos; l'ictère a presque disparu, les démangeaisons ont cessé. Décès en mai 1908, soit neuf mois après l'opération.

OBSERVATION IV

Cancer probable des voies biliaires. Cholécystogastrostomie

Homme, soixante et un ans. Le malade vient pour coliques hépatiques et ictère. Pendant un séjour aux colonies, il eut une dysenterie qui dura deux mois et demi. Depuis lors, se plaint de troubles gastriques; à plusieurs reprises, il aurait eu de la fièvre et des frissons. Ictère datant de quinze

jours. Le foie est gros, la vésicule n'est pas perçue. La température est de 39°5.

Le 31 août 1912 : Laparotomie. Le foie est augmenté de volume, granuleux; on constate l'existence de périhépatite. Vésicule volumineuse; nombreux ganglions rétroduodénaux. On ne sent pas de calculs. Cholécystogastrostomie.

Dans les jours suivants, quelques vomissements bilieux; chute de la température.

OBSERVATION V

Sténose inflammatoire du cholédoque.

Cholécystogastrostomie.

Homme de soixante et un ans, ancien colonial, souffrant depuis quinze ans de troubles digestifs et de douleurs dans les épaules.

Au début d'août 1912, l'ictère apparaît brusquement. A l'entrée (25 août), on constate tous les signes d'un ictère par rétention; le malade a maigri; la palpation est négative. La température atteint 39° le soir. On porte le diagnostic de lithiasie ancienne angiocholite.

Intervention le 31 août 1912 (M. Leriche remplaçant l'un de nous). Incision en baïonnette. On trouve une grosse vésicule libre d'adhérences et vide de calculs. On ne peut attirer le foie en raison d'une symphyse entre la convexité de cet organe et le péritoine diaphragmatique. L'exploration des voies biliaires est négative. Le pancréas est souple; il existe quelques gros ganglions sur sa face postérieure. En raison de l'état précaire du malade, on fait une cholécystogastrostomie au bouton renforcée par quelques points de suture.

Quatre mois plus tard, le malade va très bien et M. Leriche considère la guérison comme acquise. Mais le malade meurt quinze mois après l'opération avec les symptômes d'une cachexie cancéreuse.

OBSERVATION VI

Obstruction du cholédoque par lésions pancréatiques.

Cholécystoentérostomie

Homme de quarante-sept ans, sujet à de fréquentes bron-

chites. Ictère datant de quatre mois, ayant débuté brusquement dans coliques hépatiques. Prurit intense ; amaigrissement rapide.

Actuellement le malade est dans des conditions très mauvaises : cachectique, l'ictère est foncé, le foie très augmenté de volume, la vésicule grosse. On pense à la possibilité d'un cancer du pancréas, mais en faisant des réserves touchant la possibilité d'une obstruction de nature inflammatoire. La température oscille entre 38° et 39°.

Le 10 novembre 1916 : laparotomie oblique sous-costale droite : le foie est volumineux, dur, la vésicule distendue et épaissie. On ne sent pas de calculs ; mais les voies biliaires sont dilatées et on sent dans la tête du pancréas des nodosités qui paraissent plutôt inflammatoires.

Cholécystoentérostomie sur la première anse grêle (trois plans au catgut). La vésicule est remplie d'une bile noire, épaisse, qu'on exprime. Suites simples. Diminution rapide de l'ictère. Disparition du prurit ; amélioration de l'état général. Dans les deux mois qui suivent, le malade engraisse de 13 kilos. Au bout de dix-huit mois, sans récurrence de l'ictère, on vit évoluer les lésions pulmonaires (présence de bacilles de Koch dans les crachats). Décès deux ans après l'intervention, sans qu'aucun signe hépatique ait été à nouveau constaté.

OBSERVATION VII

Homme de cinquante-huit ans. Ictère formé datant de sept mois. Cachexie marquée. Vésicule volumineuse.

Le 15 février 1917 : Cholécystoentérostomie sur la première anse grêle au bouton de Jaboulay ; suites simples.

OBSERVATION VIII

Cancer des voies biliaires. Cholécystogastrostomie.

Homme de cinquante-huit ans. Ictère progressif datant de cinq mois actuellement très foncé. Le malade accuse quelques crises douloureuses et une température qui se maintient quelque temps entre 38° et 39°. Etat général précaire ; foie gros et dur.

Le 3 février 1917 : Laparotomie oblique sous-costale droite. Foie dur, cirrhotique. La vésicule est volumineuse, épaissie et contient un liquide bilieux très visqueux. On ne sent pas de calculs. Par contre, au niveau du confluent cysticocholédocien, il existe une induration qui paraît de nature néoplasique.

Cholécystogastrostomie à deux plans au catgut. Suites opératoires simples.

L'ictère diminue, mais la cachexie s'aggrave progressivement. Décès huit mois après l'intervention.

OBSERVATION IX

Compression du cholédoque. Cholécystogastrostomie.

Homme de cinquante-six ans. Ictère formé, progressif, datant de trois mois. Sans fièvre, ni douleurs. Depuis quelques semaines, prurit marqué. Foie augmenté de volume ; vésicule distendue.

Le 3 janvier 1918 : laparotomie oblique sous-costale droite. Le foie est régulier, très dur ; on ne sent ni calculs, ni tumeur. Mais il existe au niveau du pancréas une induration anormale. La vésicule est ponctionnée ; elle contient une bile noire et visqueuse. Cholécystogastrostomie à trois plans de catgut. Suites simples.

Disparition du prurit, diminution de l'ictère. Par contre, l'état général déclina peu à peu. Mort six mois plus tard.

OBSERVATION X

Ictère chronique. Cholécystogastrostomie. Guérison parfaite depuis trois ans.

Homme âgé de soixante ans, se plaignant de troubles digestifs depuis dix mois et présentant depuis cinq mois un ictère prononcé mais soumis à de légères variations. La température est normale, mais l'interrogatoire semble révéler l'existence de crises fébriles.

Le malade a maigri et perd ses forces. A l'examen : foie irrégulier, volumineux ; vésicule distendue. Le diagnostic est hésitant entre calcul du cholédoque et cancer du pancréas.

Le 1^{er} juin 1918 : Laparotomie oblique sous-costale droite.

On trouve une vésicule énorme dont les parois sont épaissies, non adhérente; le foie est gros, cirrhotique et son bord inférieur descend très bas, au point que l'exploration du cholédoque est très difficile. L'état général, d'autre part, contre-indique des manipulations prolongées, et le volume du foie, la friabilité de son parenchyme empêchent de l'attirer facilement au dehors. On est donc contraint de se contenter d'une exploration digitale des voies biliaires principales. Elle ne révèle qu'une légère induration au niveau de la tête du pancréas, mais on ne sent pas de calcul dans le cholédoque.

La vésicule est ouverte; elle contient de la boue biliaire et quelques petits calculs qu'on enlève. On termine par une cholécystogastrostomie avec deux plans de suture au catgut.

Les suites opératoires furent des plus simples. L'ictère et le prurit disparurent rapidement. Deux mois après, le malade pouvait reprendre sa profession qu'il n'a pas cessé d'exercer depuis lors. Actuellement (juin 1921), soit trois ans après l'opération, ce malade jouit d'une santé parfaite.

OBSERVATION XI

Femme de soixante-quatre ans, indemne de tout passé lithiasique, se plaignant de douleurs depuis six mois, date à laquelle est apparu l'ictère. La palpation est négative.

Le 6 juin 1918 : Laparotomie sous-costale droite; le foie est dur, mais non bosselé, et ne dépasse pas le rebord costal; le pancréas est induré au niveau de la tête. On ne sent pas de tumeur. Cholécystogastrostomie au bouton. On note l'absence de calcul et la présence d'ascite. Le diagnostic de néoplasme des voies biliaires est vraisemblable.

OBSERVATION XII

Homme de cinquante-cinq ans. Le malade présente depuis deux mois un ictère persistant. Le foie est gros, la vésicule énorme. Il existe un peu d'ascite.

Le 13 juillet 1918 : Laparotomie latérale droite. Il n'existe pas de calcul dans la vésicule ni dans le cholédoque. L'exploration est absolument négative. Cholécystogastrostomie au bouton, renforcée d'un plan de suture.

A sa sortie de l'hôpital, le malade n'a plus ni ictère, ni prurit, et la température qu'il présentait à l'entrée est tombée.

OBSERVATION XIII

Femme âgée de soixante-douze ans. La malade a depuis un mois de l'ictère qui devient chaque jour plus foncé. Signe d'ictère par rétention avec grosse vésicule.

Le 2 septembre 1918 : Laparotomie, la tête du pancréas apparaît indurée. Cholécystogastrostomie au bouton, renforcée par un plan de suture antérieur.

Le diagnostic de cancer du pancréas est vraisemblable.

OBSERVATION XIV

Cancer sus-pylorique. Gastroentérostomie. Deux ans plus tard, compression du cholédoque par les ganglions canéreux.

Cholécystogastrostomie.

Homme de soixante-cinq ans ayant depuis six mois de l'anorexie sans vomissements, un teint jaune paille, amaigri, cachectique. La palpation de la région pylorique donne l'impression d'une induration profonde.

Le 3 avril 1917 : Gastroentérostomie postérieure transmésocolique à la suture par trois plans de catgut. L'estomac est induré dans la région sus-pylorique et présente deux ou trois petits noyaux cancéreux au niveau de l'antrum. Les ganglions prévertébraux paraissent envahis.

Les suites furent parfaites. Dans les mois suivants, le malade peut reprendre ses occupations et engraisse de vingt kilos.

En mars 1919, il maigrit à nouveau, et le mois suivant apparaît l'ictère qui augmente progressivement. Le malade perd ses forces et souffre d'un prurit intense. L'examen permet de sentir une tumeur gastrique et une vésicule distendue. On porte le diagnostic de compression ganglionnaire du cholédoque.

Le 21 mai 1919, sur les instances de la famille et du malade tourmenté par les démangeaisons, on fait une laparotomie sous-costale droite. On trouve un volumineux cancer du

pylore et une grosse adénopathie rétropylorique.

On ponctionne la vésicule dont on retire de la bile et on fait ensuite très rapidement, en raison de l'état cachectique, une cholécystogastrostomie au bouton.

Les suites furent simples ; le prurit disparut au bout de huit jours, mais la cachexie continua ses progrès. Mort en août 1919, soit trois mois après l'intervention.

OBSERVATION XV

Cancer de la tête du pancréas. Cholécystocolostomie.

Femme de soixante-dix ans. Depuis quarante jours, sans cause appréciable, sans antécédents pathologiques, la malade maigrit, perd ses forces ; depuis un mois, en outre, elle vit apparaître un ictère rapidement foncé, sans aucune réaction fébrile.

Actuellement la malade paraît encore résistante, mais elle a un teint jaune foncé ; le foie déborde le rebord costal ; il est induré ; la vésicule est volumineuse. La malade souffre d'un prurit très pénible et a perdu tout appétit.

On porte le diagnostic de cancer de la tête du pancréas.

Le 20 septembre 1919 : laparotomie oblique sous-costale droite ; le foie est gros et dur, mais ne présente pas de noyaux cancéreux. L'estomac est normal mais petit et difficile à extérioriser. La palpation des voies biliaires et du hile est négative. On sent un certain degré d'induration au niveau de la tête du pancréas.

L'état général de la malade ne permet pas de prolonger les manœuvres opératoires ; on décide de faire une anastomose biliaire, mais l'estomac ne se laisse pas attirer et l'accès de l'intestin grêle est difficile du fait des adhérences. On préfère une cholécystocolostomie qui s'effectue sans peine (deux plans au catgut).

Les suites furent très simples ; les démangeaisons disparurent, l'appétit revint et l'ictère diminua. Il n'y eut jamais de fièvre, ni aucun signe d'angiocholite postopératoire.

Mort sept mois après l'intervention.

OBSERVATION XVI

Femme de trente-six ans. Crises de coliques hépatiques

datant de trois ans, dont la première fut suivie d'un très léger degré d'ictère avec décoloration des matières. Dans les derniers temps, les crises se renouvellent toutes les trois semaines. Il existe un léger état subfébrile (38°).

Actuellement l'état général est bon ; il n'y a pas d'ictère, la malade a maigri, a perdu son appétit et se plaint de constipation. La palpation de la région vésiculaire est douloureuse et permet de sentir une petite tumeur mobile.

Le 22 novembre 1920 : laparotomie sous-costale ; on trouve un estomac normal et une vésicule prolabée coudée par la bascule du foie ; on ne sent pas de calcul. Il existe un rein flottant. Cholécystogastrostomie (suture trois plans de catgut). La bile est très épaisse et s'écoule difficilement.

La malade sort en bon état de guérison le 14 décembre.

OBSERVATION XVII

Femme de cinquante-neuf ans. Ictère datant de six semaines, ayant débuté brusquement et actuellement très foncé. Depuis deux mois, la malade perd son appétit, éprouve du dégoût pour les graisses. Signe d'ictère par rétention dont la teinte a foncé progressivement. Actuellement, elle est verdâtre ; le prurit est intense, la vésicule énorme et mobile, le foie augmente de volume. Pas de température.

Le 10 mai 1921 : laparotomie oblique sous-costale droite. La vésicule, distendue, est ponctionnée ; il s'en écoule une bile très épaisse, riche en mucus, noire. Le foie est verdâtre et présente de petites plaques blanches, mais nulle part on ne trouve de lésions permettant d'affirmer la présence d'un néoplasme qui paraît très probable. Il existe un peu d'ascite. Cholécystogastrostomie à deux plans de suture au catgut.

La malade sort le 9 juin, le prurit a disparu, l'état général est meilleur, mais l'ictère n'a pas été modifié.

OBSERVATION XVIII

Le malade entre le 30 mai 1921 parce qu'il maigrit, perd ses forces et présente un ictère assez foncé. Il n'a jamais vomi, ses matières fécales sont décolorées depuis l'apparition de l'ictère. Pas de constipation.

A l'examen, ce malade présente un ictère qui n'a jamais rétrocedé. On ne trouve pas d'antécédents lithiasiques ni de poussées thermiques ou douloureuses.

A la palpation, on sent une vésicule très volumineuse, très dilatée, faisant saillie au niveau de la paroi abdominale antérieure. Le foie n'est pas sensiblement gros et débordé à peine les fausses-côtes. Il n'y a pas de points douloureux et la palpation profonde ne permet pas de sentir de tumeur quel que soit l'endroit examiné.

1^{er} juin : Laparotomie oblique sous-costale. On trouve une énorme vésicule dont la ponction ramène un liquide tout à fait blanchâtre. Pas de calcul dans la vésicule. Après évacuation de la vésicule, on se rend compte que le cholédoque est énorme, du diamètre d'une pièce de 2 francs environ. De préférence à la cholécystogastrostomie, on se décide pour la cholédocotomie. La bile du cholédoque est également blanche. Le doigt introduit dans le canal ne perçoit ni calcul, ni tumeur. Aucune induration sur le foie, les voies biliaires, l'intestin. Probablement l'obstacle siège sur l'ampoule de Vater.

27 juin : Le malade quitte le service, l'ictère est toujours foncé, malgré la présence d'un drain dans le cholédoque.

3 août : Le malade se présente à la visite. L'ictère a diminué, les troubles subjectifs également. Les selles commencent à se colorer. Le malade a un peu d'appétit. La bile devenue verte, s'écoule toujours par la fistule.

6 septembre : Le malade rentre. Il a engraisé de 2 kil. 700 et ne ressent aucun trouble digestif.

9 septembre : Intervention. Libération de la fistule. Avivement de ses bords jusqu'au péritoine. Après libération des organes situés au-dessous du trajet fistuleux, on trouve l'estomac sans grande difficulté. Anastomose entre la fistule et l'estomac. Suture à trois plans.

Sort le 5 septembre 1921.

22 mars 1922 : Le malade revient pour des troubles digestifs. Douleur diffuse à siège maximum épigastrique. Ictère avec selles décolorées. Vomissements bilieux presque quotidiens. Pas d'hématémèse, ni de méléna.

A l'examen : estomac distendu, clapotant et qui descend

plus bas que l'ombilic. On provoque facilement de la tension, intermittente et des ondes péristaltiques.

30 mars : Intervention. Laparotomie sus-ombilicale.

On trouve une grosse masse pylorique adhérente avec estomac dilaté. G. E. Suture à trois plans au catgut. Il s'agit probablement d'un ancien néoplasme de la région pylorique ayant produit une adénopathie péripancréatique avec compression du cholédoque. A la première intervention, la tumeur n'était pas perceptible parce qu'il n'existait probablement pas d'ulcération.

OBSERVATION XIX

Obstruction calculieuse du cholédoque.

Cholécystogastrostomie.

Malade âgée de 48 ans. Entre dans le service pour une jaunisse qui dure depuis un mois.

L'affection actuelle a débuté en juillet 1921 par des troubles gastro-intestinaux : lenteur des digestions, pesanteur gastrique après le repas. Sensation de malaise général.

En février 1922, les accidents deviennent plus caractéristiques. Sensation de pesanteur. Bientôt crises douloureuses peu intenses, suivies bientôt de grands frissons, mais jamais d'ictère.

Cette crise se répète à peu près tous les jours pendant le mois de février.

Le 7 mars 1922, elle prend une crise plus caractéristique. Douleurs plus intenses. Frisson plus prolongé. Ictère qui débute par le sternum et se généralise.

La température se maintient au-dessous de 37°.

Coloration des urines et décoloration des selles.

Prurit intense : c'est le signe qui gêne le plus la malade.

Foie gros et mou.

Intervention le 17 avril 1922 sous rachianesthésie. Laparotomie oblique sous-costale. On découvre une vésicule turgescente mais libre de toute adhérence. On ne trouve pas de reliquat de poussée péritonéale antérieure. Le doigt perçoit, au niveau du confluent cystico-hépatique une induration dont la consistance est assez difficile à apprécier.

Ponction de la vésicule, dont on évacue le contenu qui

est de la bile blanche. A la faveur de cette évacuation, on sent dans la vésicule des calculs dont un plus volumineux au niveau du cystique. Ces lésions n'expliquent pas les signes de rétention que présente la malade, on découvre le cholédoque au-dessus du duodénum et on l'incise. L'exploration rétrograde permet de pénétrer facilement de la branche gauche de l'hépatique. Chacune de ces explorations amène une sorte d'éjaculation biliaire, blanchâtre. On pénètre plus difficilement dans la branche droite. L'exploration du bout distal conduit jusque dans le duodénum sans obstacle. On débride plus largement et on extrait six calculs à facettes dont un gros. A la suite de cette extraction, l'induration perçue au début n'est plus sentie.

De nouvelles explorations des voies biliaires faites aussi bien en amont qu'en aval de la cholédocotomie ne révèlent aucun obstacle. On met en place un drain en T dans la voie principale. On rétrécit par deux points l'orifice cholédocien, puis on pratique une cholécystogastrostomie au bouton de Villard, portant sur l'antrum pylorique. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires: Le soir de l'intervention, rien n'a coulé par le tube.

Le 18 avril : par le tube s'écoule une bile foncée. La malade ne vomit pas. Un peu de météorisme.

Le 19 avril : La malade a eu la veille au soir 40° sans frisson. Il s'écoule une bile verdâtre qui tend à s'éclaircir. Pas de vomissements, mais état d'hypotension. Pouls mou. La malade est un peu somnolente.

Morte le 21 avril.

L'autopsie montre : un foie de rétention biliaire très altéré, avec des lésions dégénératives très marquées. Il n'existe pas de calculs dans la voie biliaire principale. Le pancréas est normal. L'anastomose est très satisfaisante. D'ailleurs, il n'y a pas traces de réaction péritonéale, pas d'épanchement biliaire. Au niveau de la muqueuse gastrique, on remarque des suffusions sanguines sans ulcération.

La seule constatation précise est l'existence, au niveau du confluent des deux branches de l'hépatique, d'un tissu lar-

dacé, dur, d'apparence néoplasique, enserrant la branche droite de l'hépatique, dont la lumière n'est pas perméable. Un fragment est prélevé pour l'examen histologique. Il existe d'ailleurs dans le lobe droit du foie un petit nodule blanchâtre qui est également prélevé.

RÉSULTATS

La statistique que nous apportons porte sur 19 observations. Dans ce total figurent :

- 13 cholécystogastrostomies,
- 2 cholécystojéjunostomies,
- 3 cholécystocolostomies,
- 1 cholédocogastrostomie.

La mortalité opératoire se limite à la malade de l'observation XIX, qui succombe quatre jours après l'intervention, très probablement par suite des altérations hépatiques liées sans doute à l'existence d'un cancer haut situé des voies biliaires.

Dans trois cas, la survie a dépassé deux ans ; dans six autres, elle fut supérieure à six mois ; or, dans douze cas, le diagnostic de cancer du pancréas ou des voies biliaires pouvait être considéré comme certain ou très vraisemblable.

Ces constatations affirment la bénignité de l'intervention considérée en elle-même, et pourtant elle s'adresse à des malades le plus souvent cachectiques et dont la cellule hépatique est toujours altérée dans sa constitution anatomique ou dans ses fonctions. Toujours elle produit une amélioration dont la durée est fonction de la lésion, cause de l'obstruction biliaire.

CONCLUSIONS

I. — En dépit du développement pris, dans le domaine de la chirurgie biliaire par les interventions radicales, les procédés de thérapeutique palliative gardent encore de multiples indications.

II. — Ces indications sont fournies par :

a) Les obstructions des voies biliaires en dehors de la lithiase, c'est-à-dire surtout en rapport avec un cancer siégeant sur la fin du cholédoque ou sur la tête du pancréas;

b) Le traitement des fistules biliaires ;

c) Certains syndromes mal définis à symptomatologie biliaire ou pseudo-gastrique.

III. — Entre les divers types d'anastomose biliaire, la cholécystogastroanastomose doit être préférée: elle comporte des avantages de facilité et de simplicité opératoires ; elle ne trouble pas les fonctions digestives normales.

IV. — La cholécystogastroanastomose sera faite de préférence à la suture à trois plans au catgut et por-

tera sur la face antérieure de l'estomac. Le bouton sera réservé à certains cas d'urgence nécessitant une intervention très rapide.

V. — Les résultats de cette intervention assurent dans le cancer des voies biliaires et de la tête du pancréas une survie de durée variable mais dans des conditions tolérables par la suppression du prurit, l'amélioration des fonctions digestives et souvent de l'état général. La cholécystogastrostomie fournit enfin des succès inespérés dans certains cas où un diagnostic incertain ne pose pas d'une façon ferme l'indication d'intervenir radicalement.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. BÉRARD.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 27 Avril 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- WINIWARTER. — Ein Fall Gallenretentionen bedingt durch impermeabilität des Ductus choledochus, *Med. Wochenschrift*.
- TILLAUX. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1890. Cholécysto-entérostomie.
- SASSE. — Sur la cholédocoduodénostomie, *Arch. f. Klin. Chirurg.*, t. I, 1913.
- BRAULT et GRÉGOIRE. — Ictère chronique par rétention. Sténose du cholédoque. Cholédocoduodénostomie, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, t. XXIX, n° 14, 1913.
- DELAGÉNIÈRE. — De la cholécystoentérostomie, *Thèse Paris*, 1889-90, n° 66.
- DELBET. — Un cas de cholécystoentérostomie. Résultats éloignés (Rapport de Chaput), *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1896, t. XXII.
- RICARD. — Sur une observation de cholécystoentérostomie (Rapport de Michaux), *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1896, t. XXII.
- TUFFIER. — Indications opératoires dans la lithiase biliaire, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1894, t. XX.
- PÉTURET. — De la cholécystoentérostomie, *Thèse Paris*, 1893, n° 116.
- WHITE. — Cholécystogastrostomie, *Surgery Gynecology and Obstetrics*, t. XXXI, n° 5, 1920.

CANNAC. — De la cholécystogastrostomie, *Thèse* Bordeaux, 1897, n° 13.

MASSE. — De la cholécystogastrostomie, *Congrès français de chirurgie*, 1898.

PERRIN. — La cholécystogastrostomie dans l'occlusion supposée complète et irrémédiable du cholédoque, *Thèse* Lyon, 1901-1902, n° 96.

JABOULAY. — La cholécystogastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancréas, *Lyon Médical*, 1898, t. LXXXVI.

PATEL. — Trois cas de cholécystogastrostomie comme traitement de la rétention biliaire, *Lyon Médical*, t. XCV.

